

SUMARIO

Pág. 2.
Nota del Editor.

Pág. 3.
Ley de muerte digna.

Pág. 6.
Programa de prevención
de caídas.

Pág. 12.
Aspectos medicolegales
del diagnóstico y tratamiento
del nódulo palpable de
mama.



Nota del Editor



Horacio E. Canto
Editor responsable

Estimados Asegurados:

Nos acercamos en este número a Ustedes con una síntesis de los principales aspectos de la llamada Ley de Muerte Digna, que si bien aborda temas puntuales sobre la asistencia médica en etapas terminales de la vida, a nuestro juicio deja abiertas todavía muchas dudas, por lo que será necesario continuar trabajando para uniformar el accionar de los médicos ante estas situaciones, redundando ello en una mayor seguridad desde el punto de vista médico legal.

En segundo lugar deseamos compartir distintos aspectos en relación a los resultados de un programa de prevención de caídas en pacientes internados luego de varios años de su instalación, con el propósito de brindarles elementos que puedan ser de utilidad a las instituciones para minimizar las consecuencias de esta indeseada contingencia.

Por último, nos interesaría aportarles algunas reflexiones sobre los aspectos médico legales con respecto al diagnóstico y tratamiento de los nódulos mamarios, patología muy frecuente en la mujeres y con gran repercusión no sólo médica, sino también psicológica.

Esperando que sean de vuestro agrado, les reiteramos que pueden enviarnos sus inquietudes y solicitar temas de su interés, a nuestra casilla de correo electrónico.
Los saluda atte.

Dr. Horacio E. Canto
Gerente de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs":
(011) 154-947-7136, Dra. Flichman
(011) 154-949-4592, Dr. Susman
(011) 155-802-2126, Dr. Piriz

Línea diurna: (011) 5239-6300
Dr. Susman, Dr. Sabino: 12 a 18hs.
E-mail: guardia24@smg.com.ar

Consideraciones sobre la Ley de muerte digna N° 26.742/2012

Dr. Guillermo Motto

Gerencia de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group

El propósito del presente artículo es hacer una síntesis muy concreta de los aspectos más relevantes de la llamada ley de "muerte digna".

La Ley 26.742 o Ley de "muerte digna", consiste en una serie de modificaciones incorporadas a la Ley 26.529, denominada "Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado". Esta última fue promulgada de hecho el 19 de noviembre de 2009.

La Ley 26.742 fue promulgada de hecho el 24 de mayo de 2012. El 5 de julio de 2012 el Poder Ejecutivo, a través del Decreto 1089 aprueba su reglamentación.

La Ley 26.529 fue detenidamente analizada en la Revista Guardia 24, N° 15 de marzo de 2010, por lo que sugiero su lectura a fin de integrar los conceptos de ambas Leyes.



Los Capítulos I y III de la Ley 26.529 son los que han sido modificados

Capítulo I: "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud": se modifica el Art. 2°, punto "e"): **Autonomía de la voluntad**, frente a una enfermedad irreversible, incurable o terminal.

Capítulo III: "Del Consentimiento Informado" sufren modificaciones:

- **Art. 5°: Definición.** Se agregan 2 puntos, ...derechos del paciente ante enfermedades irreversibles, terminales... y...derecho a cuidados paliativos...
- **Art. 6°: Obligatoriedad.** Además de establecer la obligación del Consentimiento Informado, define quién estaría autorizado a tomar una determinación cuando exista "incapacidad" por parte del paciente.*
- **Art. 7°: Instrumentación.** Se incorpora la necesidad de dejar registrado en un acta tanto el "rechazo terapéutico" como el "estado terminal".
- **Art. 10°: Revocabilidad.** Incluye al igual que el Art. 6° la definición sobre quienes pueden tomar esta decisión.*
- **Art. 11°: Directivas Anticipadas.** Estas deben formalizarse ante escribano público o Juzgados de Primera Instancia.
- **Art. 11° bis:** Determina la **exención de Responsabilidad** de los médicos en la medida que hayan cumplido con la Ley.

* Las personas autorizadas son las definidas en la Ley de Trasplantes de Órganos, Ley 24.193 Art. 21, con la misma preferencia y orden. De esta forma:

"...En caso de muerte natural, y no existiendo manifestación expresa del difunto, deberá requerirse de las siguientes personas, en el orden en que se las enumera siempre que estuviesen en pleno uso de sus facultades mentales, testimonio sobre la última voluntad del causante, respecto a la ablación de sus órganos y/o a la finalidad de la misma".

- a. El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida;
- b. Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
- c. Cualquiera de los padres;
- d. Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
- e. Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
- f. Cualquiera de los abuelos;
- g. Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
- h. Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
- i. El representante legal, tutor o curador;

“Conforme la enumeración establecida precedentemente y respetando el orden que allí se establece, las personas que testimonien o den cuenta de la última voluntad del causante que se encuentren en orden más próximo excluyen el testimonio de las que se encuentren en un orden inferior...”

Comentarios y análisis de los Artículos reformados luego de la reglamentación

ARTÍCULO 2º.- Punto “e)” Autonomía de la Voluntad.

“El paciente es soberano para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona...”

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la voluntad de los niños, niñas y adolescentes...

En los casos en que de la voluntad expresada por el menor se genere un conflicto con el o los representantes legales, o entre ellos, el profesional deberá elevar, cuando correspondiere, el caso al Comité de Ética de la institución asistencial o de otra institución si fuera necesario ... deberá prevalecer en idéntico sentido el mejor interés del paciente...

Esta “autonomía de la voluntad” permite al paciente, “cuando padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación”, rechazar procedimientos. Desde cirugías hasta hidratación o alimentación, punto controversial, ya que al mismo tiempo establece que no se podrán interrumpir aquellas medidas destinadas al control y alivio del sufrimiento del paciente. A su vez la reglamentación dice que en caso de discrepancia en las decisiones, deberá recurrirse a un comité de bioética.

ARTÍCULO 5º.- Definición. El consentimiento informado es una declaratoria de voluntad. Habrá consentimiento por representación cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones.

Nuevamente la reglamentación determina que ante la oposición de un familiar ubicado en un mismo grado de prelación será un comité de ética institucional quien decida, siempre considerando la situación más favorable para el paciente.

ARTÍCULO 6º.- Obligatoriedad. La obligatoriedad del consentimiento informado resulta exigible en todos los establecimientos de salud públicos y privados alcanzados por la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742 y su reglamentación correspondiente.

ARTÍCULO 7º.- Instrumentación. El consentimiento debe ser escrito. Además de todas las aclaratorias correspondientes a su forma y contenido, deja en claro que si el paciente no puede firmar, se deberá dejar constancia en la historia clínica y a su vez firmarán dos testigos.

ARTÍCULO 10.- Revocabilidad. Siempre existirá la posibilidad de revocar un consentimiento. Cuando exista un consentimiento realizado por familiares o representantes se considerará el mismo orden de prelación para el rechazo de procedimientos que el definido para el consentimiento.

ARTÍCULO 11.- Directivas Anticipadas. El texto dice: “Las Directivas Anticipadas sobre cómo debe ser tratado el paciente, deberán ser agregadas a su historia clínica. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito, con la presencia de DOS (2) testigos, por ante escribano público o juez de primera instancia competente...”

Solo cuando el profesional actuante considere que el respetar la voluntad del paciente implica prácticas eutanasicas, deberá elevar la consulta al Comité de Ética Institucional para que este analice la imposibilidad de cumplir con dichas Directivas Anticipadas.

ARTICULO 11 bis.- SIN REGLAMENTAR. La Ley 26.742 dice: “Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma”.

Algunas consideraciones finales sobre esta nueva norma legal

- La Ley y el Decreto reglamentario son complementarios.
- La reglamentación deja en claro que absolutamente todo lo concerniente a la voluntad del paciente, las directivas

anticipadas, el consentimiento y los posibles rechazos, deben estar correctamente registrados en la Historia Clínica.

- A mi entender es muy difícil lograr una legislación que permita armonizar todas y cada una de las situaciones médicas, con los aspectos religiosos, bioéticos y sociales que puedan presentarse en relación a las enfermedades terminales y la conducta a tomar ante el fin de la vida.
- Se entiende la intención de la Ley de priorizar o jerarquizar la **“autonomía de la voluntad”** del paciente, pero claramente hay situaciones donde esta “libertad” puede encontrarse limitada por diversas cuestiones, algunas relacionadas estrictamente con la enfermedad de base, por lo que debe tenerse en cuenta que un paciente en fase final en muchas circunstancias NO tiene “plena autonomía”.
- La reglamentación incorpora en forma contundente la instancia de un COMITÉ DE ETICA INSTITUCIONAL ante determinadas situaciones. Una de ellas, es cuando en el círculo de personas vinculadas al paciente incapaz (de consentir o rechazar) aparecen, por ejemplo, decisiones encontradas.
- Si bien en la reglamentación no se hace mención a la posibilidad de que el paciente rechace la hidratación y la alimentación, esto sí está literalmente expresado en el cuerpo de la Ley 26.742; es mi opinión que esto es paradójico, dado que en forma simultánea se menciona que no será posible interrumpir aquellas medidas y acciones destinadas a cuidados paliativos y alivio del sufrimiento del paciente. La hidratación y la alimentación no son ni medidas invasivas ni medidas encarnizadas.
- Es totalmente claro e indiscutible que un paciente, haciendo uso de sus derechos personalísimos, puede rechazar una determinada terapéutica, pero en aquellos casos en donde el mismo no esté en condiciones de decidir, la ley autoriza a terceras personas a decidir el retiro de un soporte vital o rechazar algún tratamiento. Esta postura abre la posibilidad para que intereses espurios se hagan presentes al tomar la decisión, como p/ej. conveniencia familiar, temas sucesorios, etc. Solamente debería, a mi juicio darse esta posibilidad, si la decisión de no brindar determinada terapéutica fuera compartida totalmente por el equipo médico.
- Los puntos citados arriba son muy delicados y sin dudas surgirán realidades que generen rechazos éticos o morales, tanto en el ámbito social, religioso como en el propio médico interviniente. La Ley debería contemplar una armonía entre los Deberes y los Derechos del médico y del paciente.



Programa Integral de Prevención de Caídas: Reflexiones a 6 años de la puesta en marcha

Dr Simón Fernandez Nievas

Dra Mariana Flichman

Gerencia de Administración de Riesgo
SMG Seguros

Introducción

La caída del paciente durante su estadía en el hospital es uno de los incidentes y eventos adversos más frecuentes. Aproximadamente el 30% de las caídas ocasiona algún tipo de lesión siendo el 4 al 6% con daño serio, incluyendo fracturas, traumatismo de cráneo y lesiones contusas o heridas cortantes.

La mayoría de las caídas resultan de una compleja interacción de factores predisponentes y factores desencadenantes en el entorno de las personas y algunas de las características demográficas y clínicas de los pacientes. La incidencia de las caídas aumenta en forma constante en relación a la edad, alcanzando su pico máximo a los 80 años. La hospitalización en sí es un factor importante de riesgo de caídas, en parte debido al cambio profundo en los hábitos de vida de los pacientes de edad avanzada. La incidencia de caídas en residencias geriátricas y hospitales es casi el triple comparada con las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad y en general ocurre durante la primer semana de internación.

La identificación precoz de los pacientes hospitalizados con riesgo de caídas ayuda a prevenir este problema. En un grupo de instituciones aseguradas se implementó en el año 2006, un Programa Integral de Prevención de Caídas, en las áreas de internación. Este programa, aún vigente, se fue modificando a la luz de la experiencia en el camino recorrido. Una base de datos que contempla todas las aristas del problema, nos ayudó a poder desarrollar estrategias de prevención a partir de los resultados estadísticos obtenidos.

Quisiéramos compartir algunos resultados y conclusiones. El Programa Integral de Prevención de Caídas estratifica el riesgo de caídas a través de la aplicación de la Escala de Morse, que evalúa una serie de características clínicas como:

- Antecedentes de caídas recientes.
- Diagnóstico clínico secundario en la historia clínica.
- Ayuda para deambular.
- Plan de Hidratación.

- Tipo de marcha.

- Status mental.

- Medicación.

Luego de realizar la medición de todos los ítems de la escala, se suman los resultados obtenidos arrojando el nivel de riesgo de sufrir una caída y clasificando a los pacientes en tres grupos de riesgo. Para cada grupo se diseñaron acciones de enfermería.

El Programa Integral de Prevención de Caídas incluye las siguientes medidas:

En nuestras instituciones aseguradas se sugiere que a todos los pacientes se les entregue un folleto, díptico, llamado "Programa de Seguridad para pacientes internados: prevención de caídas". Este folleto explica los riesgos de sufrir una caída y las distintas estrategias de prevención, estimulando el compromiso del paciente y su familia como un pilar de la Seguridad.



Interior del folleto:

PROGRAMA DE SEGURIDAD PARA PACIENTES INTERNADOS

Las caídas de los pacientes en los establecimientos de salud (Sanatorios, clínicas de rehabilitación, centros de atención ambulatoria, geriátricos) constituyen un serio problema a nivel mundial. Si bien en la Argentina carecemos de datos estadísticos al respecto, internacionalmente se estima que sufren una caída entre el 2% al 10% de los pacientes admitidos por año.

Estas cifras son preocupantes y por eso en los Sanatorios de Swiss Medical Group se está desarrollando un programa de prevención de caídas.

¿Cuáles son los factores que aumentan el riesgo de sufrir una caída?

- Edad: menores de 6 años y mayores de 60 años
- Problemas de equilibrio
- Problemas de visión
- Incapacidad física que dificulte la movilización.
- Ayuno o reposo prolongado.
- Alteración de la conciencia u otros problemas neurológicos.
- Medicación múltiple y en especial psicofármacos.
- Historia de caídas previas.
- Postoperatorios.
- Uso de aparatos ortopédicos, guías de suero, sonda vesical, etc.

¿Qué situaciones favorecen la caída?

- Traslado al baño u otros desplazamientos sin acompañante.
- Ascenso y descenso de la cama.
- Sub-utilización de las barandas y otros dispositivos de seguridad como las bandas de sujeción.
- Desorientación durante la noche.
- Ausencia de acompañante.

Consejos para el paciente y su familia:

Es importante que el paciente permanezca acompañado el mayor tiempo posible. En el caso del paciente con alteración de la conciencia (confuso, desorientado) es imprescindible. El acompañante puede ser un familiar, o una persona que la familia disponga.

También es importante que el mismo de aviso a enfermería ante el deseo de movilización del paciente para que la enfermera pueda evaluar la necesidad de ayuda por parte del personal. Si el paciente queda solo es conveniente que avise a enfermería antes de levantarse de la cama o de moverse por la habitación, fundamentalmente luego de una cirugía o si tiene colocado algún dispositivo (sonda, suero, otros).

Cuidados de enfermería:

Durante la entrevista de "Admisión de enfermería" se realiza una valoración del riesgo de caída. De acuerdo al resultado se establecen las medidas pautadas por el programa para prevenir las mismas.

En situaciones especiales puede ocurrir que sean necesarias medidas de seguridad adicionales llamadas: "medidas de sujeción". Las mismas se realizan por indicación médica y para su utilización se solicitará previamente el consentimiento del paciente y/o la familia. Si a pesar de los cuidados el paciente sufre una caída, se pondrá en marcha un protocolo de tratamiento de la misma, establecido en este programa.

ESTAMOS A SU DISPOSICIÓN PARA ACLARAR CUALQUIER DUDA O CONSULTA QUE PUDIERA SURGIR.

Departamento de Enfermería
Swiss Medical Group.

Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a utilizar el timbre y el interruptor de luz. • Mantener las cuatro barandas de la cama elevadas. • Informar a la familia sobre la importancia de tenerlas levantadas y el riesgo que implica no levantarlas. • Enseñar a utilizar el calzado adecuado. • Limpieza rápida de los líquidos derramados en el piso. • Observar los objetos, dentro de la habitación, que puedan entorpecer la deambulación. • Mantener la altura de la cama baja.
Riesgo medio	<p>Se suma a las medidas anteriores (Riesgo bajo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitar al paciente con intervalos no mayores de 60 minutos y registrar la visita. • Solicitar acompañante permanente.
Riesgo alto	<p>Se suma a las medidas anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujeción terapéutica como último recurso, se aplica con indicación médica y el consentimiento firmado del familiar o paciente, si este está en condiciones de entender el procedimiento. • Cartel indicador en la puerta de la suite. • Sticker de paciente de riesgo en carpeta de controles.



Formato de Cartel identificador y Sticker utilizado:



Resultados estadísticos: 2009-2011

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la incidencia de caídas desde el 2009-2011, las características de los pacientes y predictores de lesión por caídas.

El análisis estadístico fue realizado con el programa STATA Versión 8.0. Se utilizó para el análisis el t-test (Student) y el X2- test para las variables continuas y dicotómicas respectivamente. Para el análisis estratificado se utilizó el Test Mantel- Haenszel.

Variables categóricas

Por razones de confidencialidad no se identifican en la publicación, las unidades asistenciales en las que se desarrolla el estudio.

Variables		Número	Porcentaje
Caídas reportadas	Total	265	100
	2009	75	28.3
	2010	104	39.25
	2011	86	32.45
Caídas por institución	A	91	34.34
	B	80	30.19
	C	51	19.25
	D	32	12.08
	E	9	3.40
	F	2	0.75
Caídas por turnos de enfermería	Mañana	53	21.29
	Tarde	44	17.67
	Noche	104	41.77
	Sábado	48	19.28
	Domingo y Feriados		
Sexo	Femenino	123	46.4
	Masculino	142	54.6
Lesión	Si	78	31.45
	No	170	68.55
Tipo de Lesión (Escala OMS)***	Leve	64	82.05
	Moderada	14	17.95
	Severa	0	0
Escala de MORSE	Leve	114	52.26
	Moderada	16	7.34
	Severa	89	40
Edad 64 años	Si	176	70.4
	No	74	29.6

Escala de OMS*** (Grado de daño causado por el evento adverso):

- **Ninguno:** el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.
- **Leve:** el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).
- **Moderado:** el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- **Grave:** el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- **Muerte:** sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

Como indicador central de calidad del cuidado se tomó N° de caídas por 1000 días cama, considerando un standard internacional de 1-2 caídas por mil días camas en instituciones polivalentes.

Previo al desarrollo del programa el índice fue de 4 por mil, descendiendo el primer año a 1 por mil y permaneciendo los últimos tres años en 0.6 por mil en todas las unidades asistenciales que participan del programa.



VARIABLES CONTINUAS

Variables		Media	Desvío estándar	Mediana	Rango
Edad (años)		68.16	17.13	72.5	1 a 97
Edad - escala de Morse (años)	Leve	65	17.62	68.5	1 a 93
	Moderada	65.7	18.22	72.5	26 a 87
	Severa	73.78	12.95	77	27 a 93
Edad - Lesión (años)	Sin lesión	67.7	18.06	72	1 a 97
	Leve	69.08	14.16	71	23 a 90
	Moderada	70.35	16.6	73	38 a 91

Datos perdidos

Algunos datos no pudieron utilizarse para hacer el análisis estadístico, debido a:

- Pacientes sin escala de Morse: 32/265.
- Pacientes sin reporte de horario de caída: 20/265.
- Pacientes sin referencia de edad o menores de 1 año: 15/265.

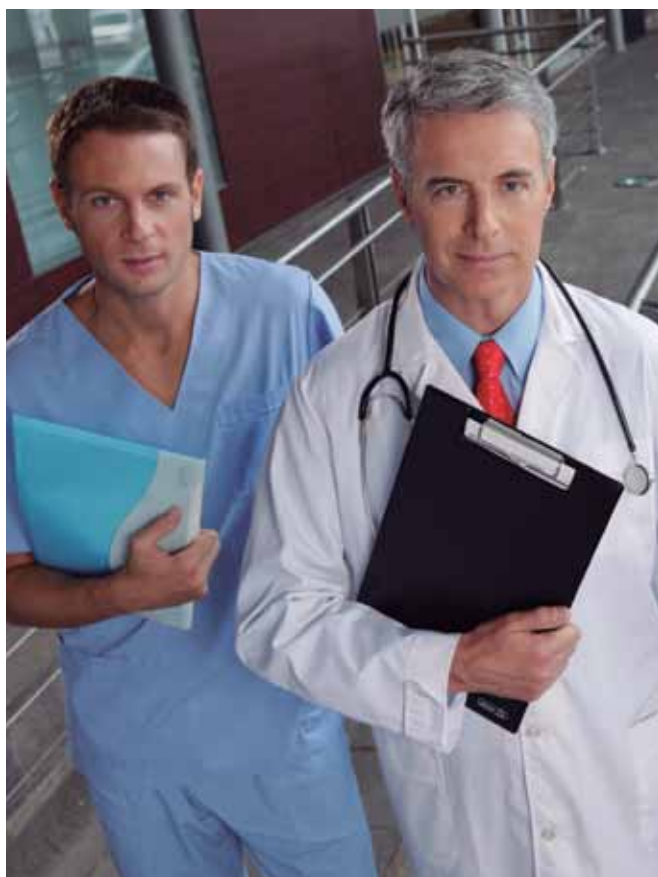
Resultados

Diferencia de edad según escala de Morse (Riesgo Bajo + Moderado vs Alto): la edad promedio de los pacientes con Riesgo de Morse Alto fue mayor a la edad promedio de los pacientes con riesgo bajo o medio. Valor estadísticamente significativo ($P < 0.001$).

Riesgo escala de Morse	Número	Promedio de edad	Desvío estándar	Intervalo de confianza %95
Leve - Moderada	130	65.16	17.29	62.16-68.17
Alto	88	73.78	12.95	71.03-76.53

Incidencia de las lesiones leves y moderadas, según las categorías de riesgo de la escala de Morse: No se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($P = 0.10$) para determinar si el grupo de pacientes con un riesgo alto de la escala de Morse tiene mayor incidencia de lesiones. Sin embargo, es interesante resaltar que la probabilidad de lesión en los pacientes con escala de Morse alto fue en nuestra base de datos de un 61% mayor.

Riesgo escala de Morse	Odds ratio	Intervalo de confianza %95	Valor de P
Riesgo Alto	1.61	0.86 - 3.01	$P = 0.10$



Riesgo de lesión por caída según la edad (>64 años)

y sexo: Ni la edad >64 años ni el sexo fueron variables estadísticamente significativas para establecer el riesgo de lesión por caídas.

Edad	Odds ratio	Intervalo de confianza %95	Valor de P
Edad > 64 años	1.36	0.71 – 2.63	P = 0.315
Masculino	0.79	0.44 – 1.41	P = 0.40

Riesgo de lesión por caída según la escala de Morse ajustada por edad (> 64 años) y por Sexo:

La probabilidad de lesión en los pacientes con escala de Morse alto comparado con pacientes con riesgo leve o medio ajustado por Edad > 64 años o sexo, no fue estadísticamente significativa.

Riesgo escala de Morse	Odds ratio	Intervalo de confianza %95	Valor de P
Riesgo Morse ajustado por edad > 64 años	1.61	0.88 – 2.92	P = 0.11
Riesgo Morse ajustado por sexo	1.64	0.91 – 2.93	P = 0.091

Conclusiones

Los integrantes del Programa Integral de Prevención de Caídas realizan periódicamente charlas de capacitación sobre prevención de riesgo de caídas y recorridas en terreno para promover en los profesionales de la salud la notificación de los incidentes como parte esencial de la Cultura de la Seguridad. En gran parte debido a esta tarea el número de incidentes reportados fue similar en los tres años analizados.

La mayoría de las caídas ocurrió por la noche, probablemente esté relacionado con un menor control del entorno, peor iluminación, utilización de psicofármacos sedantes, hipotensión ortostática, ausencia de familiares, etc.

El 31.4% de las caídas tuvo algún tipo de lesión, siendo en su mayoría de grado leve 82% y el 18% restante moderado.

La mayoría de los pacientes fueron categorizados según la Escala de Morse con riesgo leve 52.26%, seguido por riesgo alto 40%.

En el análisis descriptivo se observa que la distribución de la edad de los pacientes según la escala de Morse fue mayor en los que tienen riesgo alto, valor de $P < 0.001$.

En cuanto a la probabilidad de lesión por caída, ninguna de las variables consideradas: escala de Morse, edad del paciente > 64 años y sexo, fue estadísticamente significativa. Sin embargo existió una tendencia entre tener una categoría alta de la escala de Morse y la probabilidad de lesión por caída (Odds ratio 1.61).

Es posible que el análisis realizado no haya logrado demostrar cuáles son las variables relacionadas con sufrir una lesión por caída debido a que se utilizó la información de la escala de Morse, que fue desarrollada únicamente para cuantificar el riesgo de caídas.

No obstante, lo realizado ha brindado un valioso aprendizaje que servirá para nuevos estudios.

Pasos a seguir en el futuro:

- Continuar desarrollando el pensamiento crítico y una cultura de seguridad del paciente.
- Documentar y cuantificar las caídas hospitalarias para evaluar el progreso del programa.
- Realizar un análisis de causa-raíz de las caídas con daño severo.
- Identificar deficiencias y mejoras en los procesos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Age and Anging Letters to editor. Preventing Patient Falls: N°31, pág. 75-82, 2002.
2. Documento traducido y adaptado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía de "Preventing Patient Falls" WHO Collaborating Centre on Patient Safety Solutions, 2008.
3. Joint Commission. Sentinel Event Statistics.
4. Corsinovi, L., et al., Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit, Arch Gerontol Geriatr, 2008.
5. Tinetti; M. et al., Falls Injuries Due to Falls and the risk of admission to a nursing home, The New England Journal of Medicine, Vol 337 ; N°18, Pág 1279-1284, 1997.
6. Flichman M, Programa de Prevención de caídas en las Instituciones de Salud, Revista Guardia 24, N°7, pág. 7-8, 2008.
7. Programade Prevención de Caídas, Manual de Seguridad del Paciente, SMG seguros, pág. 27-35, 2011.
8. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente WHO/IER/PSP/2010.2.

Aspectos medicolegales del diagnóstico y tratamiento del nódulo palpable de mama

Dr. Jorge E. Rodríguez

Gerencia de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group

El nódulo mamario constituye una causa frecuente de consulta ginecológica que genera ansiedad y preocupación tanto en las pacientes como en los médicos, debido a la sospecha de un probable origen maligno. Determinar la naturaleza de un nódulo mamario es a menudo difícil, principalmente en mujeres premenopáusicas, en quienes existe una marcada nodularidad del tejido mamario, más pronunciada en los cuadrantes súperoexternos. Esta consistencia cambia durante el ciclo menstrual y debe entenderse como un proceso fisiológico y no una señal de patología.

Las masas o nódulos más frecuentes se caracterizan por su persistencia durante todo el ciclo.

La detección del nódulo habitualmente se da cuando la paciente concurre a la consulta médica, para un control de rutina o porque se palpó un nódulo ella misma.

Si la paciente concurre porque se palpó un nódulo de mama, debe dejarse constancia de cuál es el tiempo transcurrido desde su detección hasta la consulta.

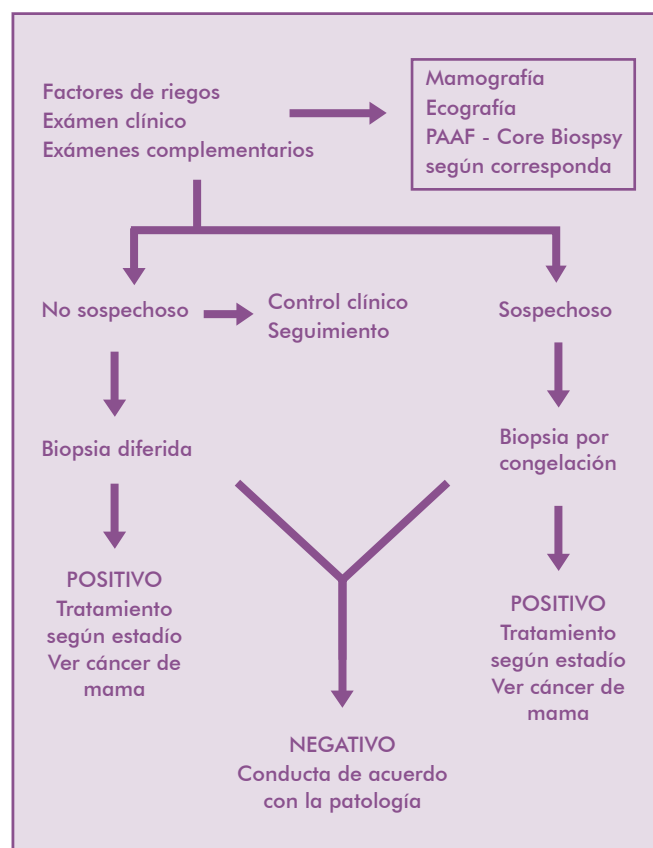
Es de buena práctica dejar constancia en la historia clínica de cuál es el motivo de la consulta, y cuando fue el último control mamario efectuado por la paciente. Asimismo deben pedírsele a la paciente los estudios imagenológicos previos, y asentar el resultado de los mismos en la historia clínica.

Luego de la anamnesis correspondiente, se continúa con el examen de las mamas. Este examen, permitirá determinar la presencia del nódulo, su ubicación, sus medidas aproximadas, y sus características, todo lo cual debe asentarse rutinariamente en la historia clínica.

Clásicamente los signos de sospecha clínica de malignidad son los siguientes:

- Nódulo de bordes irregulares.
- Duro pétreo.
- Fijo.
- Con retracción de la piel.
- Asociado a derrame por el pezón.
- Con lesión acompañante en piel, eritema, o edema.

A continuación vemos como es el manejo ante un nódulo palpable de mama:



Toda solicitud de estudios debe quedar registrada en la historia clínica, así como cualquier indicación de tratamiento. Una vez recibidos los estudios complementarios solicitados, tanto el resultado como la fecha de los mismos deben anotarse en la historia clínica.

No debe pasarse por alto nunca, la evaluación comparativa de la mamografía solicitada en oportunidad de la consulta, con las mamografías previas que aporte la paciente.

El primer principio básico de control ante cualquier mujer en donde se detecte un nódulo de mama, es descartar que no se trate de un carcinoma de mama, **cualquiera sea la edad de la paciente.**

En el cáncer de mama el pronóstico está estrechamente ligado al momento de la detección, sabiendo que el diagnóstico temprano evita y disminuye en gran medida los procedimientos quirúrgicos radicales, atenúa la repercusión psíquica y sociofamiliar desencadenados de la propia patología y la cirugía que se indica para su tratamiento. A su vez el tratamiento temprano puede evitar las terapéuticas adyuvantes, tiene un mejor pronóstico, y disminuye los costos que genera la mayor utilización de insumos en las sucesivas etapas de la enfermedad.

Veamos ahora cuales son las causas más frecuentes por las que se produce el retraso en el diagnóstico del cáncer de mama, cuando existe un nódulo palpable:

- a. Mamografía normal.
- b. Fallas en la biopsia (toma de material insuficiente o en un sitio erróneo).
- c. Retraso del paciente en concurrir a la consulta.
- d. Omisión de solicitud de la mamografía.
- e. Retraso del paciente en efectuar la mamografía.
- f. Mala interpretación de la mamografía.

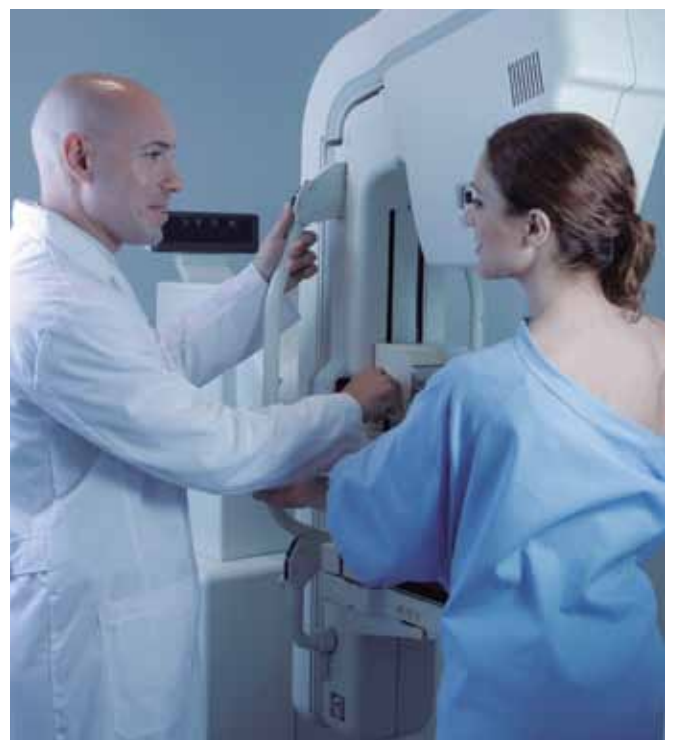
El retraso en el diagnóstico del cáncer de mama es en todos los estudios, la causa más frecuente de reclamo judicial. Según la PIAA (Physicians Insurers Association of America) es la segunda causa de reclamo por mala praxis en EEUU.

El porcentaje de cáncer de mama no detectado por examen físico o por mamografía es en general inversamente proporcional a la edad. Es más probable que la mayor densidad del parénquima mamario en mujeres jóvenes, incremente la dificultad diagnóstica, y es muy conocida la mayor dificultad diagnóstica del cáncer de mama en mujeres jóvenes.

- a. En los casos donde la mamografía no confirme la presencia del nódulo palpable (mamografía normal) no debe dejarse de lado el hallazgo clínico. Moskowitz, citado por Uribe, analiza el valor predictivo de la mamografía en relación con algunos signos que se presentan en ella:
 Cuando la clínica era negativa y la mamografía descubría una masa con caracteres de malignidad, el 74 % era la probabilidad de que fuera cáncer.
 Cuando la clínica era positiva y la mamografía presentaba una imagen con caracteres de malignidad, se diagnosticaba cáncer en el 100 % de los casos.
- b. Si existe una sospecha de cáncer de mama no hay otra alternativa que la biopsia. La biopsia podrá efectuarse mediante punción, o mediante una cirugía, donde se efectúe la biopsia por congelación y luego se continúe de acuerdo a los hallazgos anatomopatológicos. En los casos donde el

material resecado es insuficiente para el diagnóstico, o si se está en duda sobre si el sitio de donde se tomó material es el sospechoso, pues el informe anatomopatológico demuestra una patología benigna, deberá, como medida de seguridad, repetirse el estudio.

- c. El paciente puede retrasarse en concurrir a la consulta tanto al detectarse un nódulo, o cuando debe efectuar el control periódico habitual, en general, cuando transcurrió un año de la consulta previa.
- d. La omisión de la solicitud de la mamografía si bien no es frecuente, puede ocurrir y esta es una situación difícilmente defendible, pues el contar con este valioso complemento permitirá planificar mejor la conducta médica a seguir y efectuar una presunción diagnóstica, aunque no se trate de una certeza.
- e. El retraso puede darse también una vez ya detectado el nódulo, cuando el médico le pide estudios imagenológicos, me refiero puntualmente en efectuar los mismos, y concurrir nuevamente a la consulta. Este retraso de ningún modo es imputable al médico.
- f. La mala interpretación de la mamografía por parte del radiólogo lleva a emitir un informe erróneo, lo que puede hacer que imágenes sospechosas de malignidad sean interpretadas como imágenes benignas. No obstante, debe tenerse presente que el médico ginecólogo no solo debe leer el informe de la mamografía sino también, debe analizar las placas mamográficas con lupa para determinar si hay hallazgos sospechosos de malignidad, y ver la concordancia con el informe del radiólogo. En caso de no estar de acuerdo con el informe del radiólogo, puede consultar el caso con este para su revisión, o pedir algún estudio complementario adicional.



¿Qué hacer en lo atinente a la información a brindar a la paciente, cuando estamos ante un nódulo de mama que requiere cirugía o biopsia?

Es necesario informar a la paciente de cuál es la necesidad de la intervención quirúrgica o biopsia, y cuál es el riesgo de los pasos a seguir de acuerdo al resultado del informe anatomopatológico.

Asimismo resulta obligatorio explicarle en términos sencillos, que de no llevarse a cabo la cirugía, no se podrá determinar si el nódulo es maligno o no, lo cual implica que de ser maligno, esto lleva al retraso diagnóstico, y en consecuencia, a un empeoramiento del pronóstico. De negarse la paciente a la punción biopsia o la extirpación del nódulo, esto debe quedar plasmado en la historia clínica, con la firma y aclaración de la paciente.

La experiencia asistencial y pericial nos muestra que:

- a. Existe un importante porcentaje de médicos especializados en Ginecología que no poseen experiencia en Patología Mamaria.
- b. Los médicos no siempre tienen en cuenta el aspecto preventivo de la problemática de la responsabilidad profesional en esta afección.
- c. No se cumple acabadamente con las normas de consentimiento informado. Este debe ser detallado para cada intervención y/o tratamiento propuesto.
- d. No siempre se brinda una completa información a los pacientes y familiares, antes de la intervención y durante el post operatorio.

A partir de las consideraciones precedentes y en base a la experiencia asistencial y pericial, se puede llegar a la conclusión que la paciente con mayor probabilidad de padecer un diagnóstico tardío de cáncer de mama es aquella mujer joven, menor de 45 años de edad, que se presenta a la consulta con un nódulo mamario no doloroso, donde el examen mamario detecta la tumoración pero esta es considerada benigna.

La mamografía efectuada es negativa o poco concluyente para la sospecha de cáncer de mama, por lo que se determina que el diagnóstico presuntivo es una mastopatía escleroquistica (displasia mamaria), y no se le indica una biopsia. Por lo tanto, solo se le indica a la paciente control en un lapso prudencial, y eventualmente se le prescriben vitaminas y/o progesterona.

Conclusión

Es imprescindible tener en cuenta que ante todo nódulo mamario palpable, es de suma relevancia poner en práctica todos los medios disponibles para llegar a un diagnóstico de certeza, y es preferible una punción o biopsia mamaria con resultado de benignidad, antes que permitir la progresión de un carcinoma mamario incipiente por haber adoptado una conducta expectante.

BIBLIOGRAFIA:

1. Breast cancer malpractice litigation in New York State. Autor: Mitnick J. S. y otros, Radiology, 1993, 189: 673-676.
2. Physician Insurers Association of America. Breast Cancer Study, Lawrenceville. NJ. PIIA 1990.
3. Programas de Screening del cáncer de mama. Cáncer de mama. Avances en diagnóstico y tratamiento. León, Santiago García Editores. 1990. Autor: Uribe Barreto.
4. Estadificación del TNM, autor: Prof. Giuseppe Viale. Revista Argentina de Mastología 2006; 25(89): 270-273.
5. Protocolo unificado en el cáncer de mama. Sección de Patología Mamaria. Asociación Española de Cirujanos. Autor: Dr. Francisco Martínez, Dr. Francisco Tellez, Dr. Antonio Sierra.
6. Medicina Legal en Patología Mamaria. Autores: Dr. Santiago Delgado Bueno, Dr. Armando Tejerina, y otros. Edición 2002.
7. La mama. Buenos Aires, 1998. Editorial Panamericana, 2° Edición. Autor: Bland, K., y Copeland, E.



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

Plan Médicos

Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(*) Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica



Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a consultassmgseguros@smg.com.ar / www.smgseguros.com.ar

